



فرم درخواست پلاکت فرزیس از اهداکنندگان خاص



این قسمت توسط پزشک درخواست کننده پلاکت فرزیس تکمیل شود:

نام بیمارستان و یا مرکز درخواست کننده پلاکت فرزیس:					شهر:				
نام خانوادگی:		نام پدر:		تاریخ تولد:		کد ملی:		جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
استان:		شهر:		بیمارستان:		بخش:		شماره پرونده:	
تاریخ درخواست:			تاریخ مورد نظر جهت تزریق فرآورده:			تشخیص بیماری:			

علت درخواست:

مقدار پلاکت بیمار	گروه خونی و Rh بیمار	HLA بیمار در صورت انجام	میزان پلاکت مورد نیاز (واحد)

لازم به ذکر است هر واحد پلاکت آفرزیس معادل ۵-۶ واحد پلاکت تهیه شده از خون کامل است.

ردیف	اهدانندگان معرفی شده به سازمان انتقال خون ایران از قرار زیر می باشند:
۱	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خون و Rh:
۲	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خون و Rh:
۳	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خون و Rh:
۴	نام و نام خانوادگی: نام پدر: گروه خون و Rh:

در صورت ذکر شمارش پلاکتی برای اهداکننده، لطفاً برگه آزمایش آن نیز ضمیمه این فرم شود.

نام پزشک: تلفن تماس پزشک:

امضاء و مهر نظام پزشکی:

این قسمت در بخش پلاکت فرزیس تکمیل شود:

اینجانب دکتر تایید می نمایم که فرآیند پلاکت فرزیس برای اهداکننده های

در مرکز پلاکت فرزیس انجام شد.

تعداد تخمینی پلاکت در هر کیسه:

تاریخ انجام پلاکت فرزیس:

ساعت انجام پلاکت فرزیس:

توجه: جهت تحویل فرآورده، بانک خون بیمارستان با واحد بخش خون انتقال خون با فرم 00.HV.008.FRM هماهنگی لازم را انجام دهد.

این فرم در ۳ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر سه نسخه به بانک خون و ثبت درخواست نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده مجدداً به بخش ارسال گردد و دو نسخه بعدی به واحد آفرزیس سازمان انتقال خون ارسال و پس از انجام فرآیند پلاکت فرزیس، یک نسخه آن بایگانی و یک نسخه به بانک خون بیمارستان عودت داده شود.